

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THESE

N° 289

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

CORDIER SUZANNE

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née à Fontainebleau, le 21 Novembre 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DE LA MÉTRITE
CERVICALE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE
PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE,

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Paris.*

LONGIN, Editeur

110, rue Saint-Maur, Paris

1925

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
PAR

SUZANNE CORDIER

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née à Fontainebleau, le 21 Novembre 1896

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DE LA MÉTRITE
CERVICALE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE
PAR LE CAUSTIQUE DE FILIUS**

*Président : M. JEAN-LOUIS FAURE,
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Paris.*

LONGIN, Editeur
110, rue Saint-Maur, Paris
1925

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. ROGER.

I.— PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala-	
dies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili-	
tiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AGBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	PAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. DE JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECAILLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HÔVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils.
Anatomie	ROUVIERE.
Physique médicale	
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophthalmologie	WELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTNER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique	N...
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE
DE MES DEUX SŒURS CHÉRIES
ANDRÉE ET RAYMONDE CORDIER,
dont je conserve pieusement le souvenir.

A MES PARENTS,
*en faible témoignage de ma tendresse
et de ma profonde reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS,
en témoignage de ma grande affection.

A TOUS LES MIENS.

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

*Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de Clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

*Hommage de notre profond respect et
de notre vive reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en voulant bien accepter
la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY
Chef des Travaux gynécologiques de l'Hôpital Broca

*En respectueux remerciement de la bien-
veillance qu'il nous a témoignée et des
conseils qu'il nous a donnés pour la rédac-
tion de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY
Assistant du Docteur MARTIN
ET A MONSIEUR LE DOCTEUR LEROY
assistant du Professeur JEAN-LOUIS FAURE

en témoignage de reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET
*Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand*

A TOUS MES PREMIERS MAITRES
DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAIN, *Professeur de
Clinique des maladies du système nerveux, Médecin
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR MENETRIER, *Professeur
d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie, Médecin
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAUD, *Médecin hono-
raire des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER, *Professeur
agrégé d'obstétrique, accoucheur des Hôpitaux.*

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR CUNEO, *Professeur d'Ana-
tomie médico-chirurgicale, Chirurgien des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL, *Médecin honoraire
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT, *Médecin
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR GUY LAROCHE, *Médecin
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER, *Médecin hono-
raire des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND DELILLE, *Médecin
des Hôpitaux ;*

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME, *Professeur de
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques. Médecin
des Hôpitaux ;*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER
Chef de clinique du Professeur JEANSELME
*En témoignage de notre respectueux attachement
pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENEVET
ET A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRAUDEAU
Assistant du Professeur LEMAITRE
*En témoignage de vive gratitude
et de respectueux dévouement*

INTRODUCTION

La vieille méthode de cautérisation du col de l'utérus par le caustique de Filhos, dans l'endocervicite inflammatoire chronique, conserve en France de nombreux adeptes et parmi eux les plus autorisés. C'est qu'en effet, malgré les multiples traitements préconisés dans l'endocervicite, aucun à l'exception de l'amputation du col, ne donne des guérisons aussi parfaites et aussi rapides que les cautérisations par ce caustique.

Nous les voyons aujourd'hui utilisées avec succès dans de nombreux services. A la consultation de chirurgie de l'hôpital Tenon, nous avons recueilli une trentaine d'observations de malades traités par le docteur Lévy, assistant du docteur Martin, chirurgien des hôpitaux, et suivies et revues par nous.

A l'hôpital Broca, nous avons vu les cautérisations au caustique de Filhos recommandées par le professeur J.-L. Faure, et employées par ses élèves. Sous la direction du docteur Douay, chef des travaux gynécologiques de cet hôpital, nous avons recueilli un certain nombre d'observations récentes et anciennes. Nous avons revu les malades et nous avons constaté des résultats excellents supérieurs même à ceux auxquels nous nous attendions. Mais tout en publiant ces cas de guérison absolue, nous mettons en

garde les praticiens contre la possibilité d'atrésie du col consécutive aux applications du caustique : atrésie dangereuse à cause de la dystocie qu'elle peut créer.

Richelot, dès sa première communication, affirmait que les résultats qu'il avait obtenus par ce traitement étaient semblables à ceux qu'il observait avec l'amputation du col. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître le bien fondé de ces assertions. Le docteur Douay, qui pratique volontiers un procédé opératoire qu'il a perfectionné : l'évidement conique du col, procédé de Sturmdorf, et dont les résultats obtenus sont excellents et supérieurs à ceux donnés couramment par l'amputation de Schröder, reconnaît cependant que la guérison de l'endocervicite est obtenue aussi parfaitement par le caustique de Filhos et à moins de frais. Actuellement, le livre d'opérations du service montre que les amputations du col deviennent moins fréquentes ; de plus en plus, ses indications se restreignent, car la plupart des malades guérissent par un traitement d'essai au caustique. L'indication particulière de l'amputation est fournie par le col suspect de dégénérescence avec biopsie négative et spécialement l'adénome diffus du col. Cette tumeur bénigne peut en effet évoluer vers le cancer. Les irritations ont un rôle provocateur ; aussi est-il préférable, d'après l'avis du docteur Douay, d'enlever par le bistouri cette lésion instable, plutôt que de la détruire par les caustiques.

Voilà les quelques idées que nous avons apprises à connaître en suivant la clinique gynécologique de l'hôpital Broca et que nous nous efforcerons de développer dans ce modeste travail.

HISTORIQUE

Depuis longtemps déjà, on utilisait dans le traitement des métrites cervicales de nombreux caustiques, lorsqu'en 1842 Amussat songea à employer dans le même but la potasse. Or, son application à l'état pur sur le col était impossible. En effet, par suite de sa liquéfaction et diffusion rapide, il fallait craindre des escarres profondes de la face postérieure du vagin, voire même des perforations.

On connaissait bien la pâte de Vienne : mélange de potasse, chaux vive et alcool, mais d'utilisation difficile comme agent cautérisateur du col. Amussat demanda donc à son beau-frère Filhos et au pharmacien Gallot de solidifier la pâte de Vienne. A cet effet, ils créèrent un mélange de potasse et de chaux vive à raison de 5 parties de potasse pour 1 partie de chaux : mélange fondu, coulé et refroidi dans des tubes de plomb. C'est le caustique de Filhos : caustique solide facile à manier (il suffit de tailler le tube de plomb à la manière d'un crayon au moment de l'emploi) et ne présentant plus le gros danger d'une liquéfaction trop rapide.

La chaux, en effet, très avide d'eau et d'acide carbonique, retient ainsi entre ses mollécules la potasse même qui se liquéfie. Son action est ainsi circonscrite, limitée au point d'application.

Amussat utilisa couramment dans sa pratique journalière le caustique de Filhos et obtint des succès remarquables. Mais il fut guère suivi dans cette voie par les gynécologues de son époque. Ce n'est que plus tard, de 1875 à 1880, que François Siredey fit de nouveaux essais.

En 1884, Richelot père publia ses heureux résultats dans « le traitement des engorgements du col par le caustique de Filhos ».

En 1893, Richelot reprit ce procédé. En mai 1900, il le communiqua à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie et le remit en honneur. « Parmi les vieux traitements de la métrite cervicale, il en est un, le plus méconnu, le plus ignoré de tous, qui réussit à coup sûr. Il détruit les lésions glandulaires profondes. Il rend au col son volume et sa forme; il ne cause jamais d'atrésie. Ce traitement est la cautérisation par le caustique de Filhos. »

Cette première communication fut suivie, en 1901, 1903, 1904, 1905, 1906, d'autres communications dans lesquelles Richelot répond aux différentes objections qui lui sont posées à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris.

Richelot modifie en outre la présentation du Filhos, de conservation difficile, s'hydratant facilement, d'action inégale, et crée le néofilhos, beaucoup plus actif.

En 1904, le docteur Siredey apporte des résultats très favorables.

Outre le livre de Richelot sur la chirurgie de l'utérus, du vagin, de la vulve, trois traités de gynécologie parmi les plus autorisés font l'éloge du filhos : Ce sont les traités de J.-L. Faure et Siredey, de Forge, d'Hartmann.

Siredey préconisant ce traitement depuis 1902 n'a jamais cessé de le considérer comme le traitement le plus efficace contre les métrites cervicales chroniques.

Hartmann, dans « le traitement des métrites » (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1916), en proclame en ces termes les excellents résultats : « Dans le traitement des métrites chroniques suppurantes, le meilleur moyen est celui qu'a recommandé Richelot. Ce moyen, pour surprenant qu'il paraisse, n'en est pas moins d'une efficacité certaine et d'une application des plus pratiques. ».

Et malgré de telles affirmations, par crainte sans doute de certains incidents, ce traitement reste peu pratiqué.

En 1919-1920, Guillemin, dans sa thèse, nous apporte de nouveaux résultats et nous expose avec précision la technique, les indications et contre-indications du traitement.

En 1923, Guillemin publie à nouveau avec détails la technique des applications du caustique (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 juillet 1923).

Mouchotte s'élève contre l'atrésie « dans le traitement des métrites cervicales et de la stérilité dont elles sont cause » (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1923). Sur sa demande, M. Leperdriel apporte une utile modification dans la présentation du néofilhos. Il assure la fixité des crayons à l'aide d'un pas de vis fondu et soudé dans le fond du culot de plomb et remontant dans l'intérieur du caustique.

En 1924, Guillemin rapporte une importante statistique sur les accouchements après la guérison de la métrite par le caustique (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, mai 1924).

A la même séance, Dupont fait une intéressante étude anatomique de deux cols traités par le filhos.

Dans la séance du 24 octobre 1924, Paucot, de Lille, donne des résultats du traitement des métrites par le caustique.

Couvelaire publie les résultats obstétricaux du traitement des métrites par le filhos (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1924).

Dans ces différentes communications, tous les auteurs sont d'accord sur l'efficacité certaine du caustique de Filhos dans le traitement de l'endocervicite chronique. Toutefois, les accoucheurs, sans nier les vertus thérapeutiques de ce caustique, signalent le danger de l'atrésie, cause parfois de dystocie grave.

METRITES DU COL

Nous allons rappeler brièvement quelques notions élémentaires sur les lésions, les causes, les symptômes des métrites cervicales (1).

LÉSIONS DES MÉTRITES CERVICALES

On distingue : la métrite cervicale aiguë, la métrite cervicale chronique.

La métrite cervicale aiguë est souvent la phase aiguë de la métrite cervicale chronique. C'est en général une métrite totale, qui cède rapidement aux antiseptiques et au repos, l'infection étant superficielle.

La métrite cervicale chronique est au contraire l'affection la plus rebelle de l'appareil génital. Quelle que soit la cause, le début, l'étendue de la métrite, son évolution est toujours la même. Celle du corps s'atténue, peut guérir spontanément; celle du col tend à persister indéfiniment.

« La métrite chronique est une métrite cervicale », a dit Richelot. Derrière le col, l'utérus est sain et le seul traitement qui convienne est un traitement cervical. Mais alors, l'infection est profonde. Les antiseptiques sont insuffisants, il faut supprimer la muqueuse atteinte, et à cet effet nous

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons eu recours au *Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale*, de J.-L. Faure et A. Siredey.

n'avons à notre disposition que deux moyens efficaces : les caustiques et le bistouri.

En effet, les lésions de l'endocervicite sont avant tout des lésions de la muqueuse et surtout de ses glandes. Au lieu d'être lisse et blanchâtre, comme à l'état normal, la muqueuse cervicale nous apparaît inégale, boursouflée, tuméfiée, molle, d'un rouge livide. Elle est très épaissie. L'altération des glandes est profonde. Ces dernières sont très irrégulières, anfractueuses, ramifiées, allongées, affectant souvent la disposition en grappe, pénétrant dans la trame fibro-musculaire, sécrétant un mucus épais, visqueux, adhérent, le plus souvent trouble, purulent et contenant les germes pathogènes.

Au niveau du parenchyme cervical, on note : une vascularisation intense, une infiltration embryonnaire importante et toujours de la sclérose qui compriment les glandes et les oblitérent en certains points. Ces dernières présentent alors des dilatations kystiques, se traduisant par des bosselures sur la face externe du col.

Parfois, l'allongement des glandes est tel qu'elles traversent de dedans en dehors toute l'épaisseur de la paroi cervicale et forment des dilatations kystiques visibles au spéculum, à travers l'épithélium du museau de tanche : ce sont les œufs de Naboth plus ou moins transparents, suivant que le mucus qu'ils contiennent est clair ou muco-purulent.

On constate en outre fréquemment des lésions de la muqueuse dites communément ulcérations. Elles revêtent l'aspect d'une surface rouge vif, dépolie, à peine bourgeonnante, peu saignante, circonscrivant généralement

l'orifice externe du col ou se présentant sous forme d'une plaque isolée sur l'une des lèvres du museau de tanche, tranchant toujours sur le fond plus pâle de la muqueuse vaginale du col.

Tantôt il s'agit d'un ectropion de la muqueuse utérine qui, tuméfiée, est en quelque sorte à l'étroit dans la cavité cervicale et fait saillie au dehors :

Soit sous forme d'un simple petit bourrelet rouge bordant l'orifice cervical chez les nullipares ;

Soit sous forme d'une large surface rouge bourgeonnante autour de l'orifice chez les multipares.

Tantôt il s'agit de fausses ulcérations : l'épithélium pavimenteux détruit sous l'influence de traumatismes ou modifié par certains écoulements est remplacé par un épithélium cylindrique avec prolifération glandulaire. Les ulcérations vraies du col avec destruction de l'épithélium sont très rares.

Nous concevons ainsi facilement que la métrite cervicale est une affection essentiellement chronique. Les glandes hypertrophiées, profondément enchassées dans la trame fibromusculaire, constituent un abri sûr pour les germes pathogènes, inaccessible aux simples antiseptiques.

A côté de la métrite inflammatoire subaiguë et chronique, il y a une fausse métrite : c'est l'adénome cervical. C'est une tumeur bénigne généralement sans infection, caractérisée seulement par une prolifération considérable des culs-de-sac glandulaires restant du type bénin.

On en distingue plusieurs variétés :

L'adénome localisé à une lèvre du col ;

L'adénome pédiculé ou polype adénomateux ;

Le cystadénome ou adénome kystique.

Mais c'est surtout l'adénome diffus du col qui simule la métrite cervicale, variété encore appelée métrite adénomateuse. Elle est caractérisée par un col gros à surface bourgeonnante relativement lisse, non saignante, de consistance élastique. Les sécrétions glaireuses considérables ne sont pas purulentes, mais claires, quelquefois rosées ou roussâtres. Dans les formes très végétantes, ce dernier signe est suspect et laisse à craindre une évolution vers le cancer.

Histologiquement, l'adénome du col est caractérisé par une hyperplasie simple sans limitation.

ETIOLOGIE DES MÉTRITES CERVICALES

La métrite cervicale aiguë ou chronique relève de deux grandes causes : la blennorrhagie et l'état puerpéral.

Elle s'observe presque toujours à l'état chronique : qu'elle soit consécutive à des accidents aigus ou que le début ayant évolué sournoisement soit passé inaperçu.

En dehors du gonocoque et du streptocoque, qui sont fréquemment associés, on rencontre dans les voies génitales de nombreux microbes banaux, pour la plupart inoffensifs, causant parfois des métrites bénignes qui s'améliorent rapidement sous l'influence d'un simple traitement hygiénique.

La métrite cervicale chronique blennorrhagique succède quelquefois à une blennorrhagie utérine subaiguë ou aiguë, tantôt avec vulvovaginite, tantôt avec propagation aux trompes et au péritoine pelvien. Le plus souvent, elle est

primitive et due à l'inoculation directe du col, au cours du coït, par la goutte de l'urétrite chronique de l'homme. Cette métrite chronique d'emblée évolue sans fracas, à l'insu des malades, restant méconnue des mois et même des années.

Le gonocoque, abondant dans les sécrétions aiguës, existe en faible quantité dans les leucorrhées chroniques. Il est assez virulent pour contaminer l'urètre de l'homme, mais il n'est pas toujours facile de le mettre en évidence sur une préparation bactériologique. C'est immédiatement avant les règles et surtout après qu'on a le plus de chances de le trouver.

Parfois cette métrite reste absolument latente, ne se révélant qu'à la faveur d'une cause occasionnelle : apparition d'un écoulement aigu chez le mari; accouchement ou fausse couche chez la femme, et alors il s'agit de métrites mixtes gono-streptococciques.

La métrite chronique puerpérale succède quelquefois à la métrite puerpérale aiguë. Le plus souvent, elle est chronique d'emblée. Son début est insidieux et elle ne se révèle que plusieurs semaines, plusieurs mois après l'accouchement ou l'avortement.

Elle se voit : soit après un accouchement anormal ayant nécessité une intervention obstétricale; soit après un accouchement normal, mais suivi d'un lever trop rapide avant l'involution complète de l'utérus; soit également dans les cas de rétention de débris placentaires et membraneux minimes se compliquant de subinvolution.

Cette variété de métrite est due au streptocoque associé le plus souvent au staphylocoque, à divers anaérobies qui trouvent au niveau de la plaie placentaire et sur le paren-

chyme utérin hypertrophié, vascularisé, un excellent terrain de culture.

D'emblée, l'utérus tout entier prend part à l'inflammation, mais les lésions du corps et du col sont loin d'avoir la même destinée. Le plus souvent, celles du corps s'atténuent, l'involution se complétant en quelques mois. Celles du col, au contraire, persistent.

Les altérations de la muqueuse exposée à d'incessantes réinfections, protégeant profondément les agents pathogènes des antiseptiques couramment utilisés dans le traitement des métrites, durent indéfiniment.

Quelle que soit l'atténuation apparente des symptômes, l'époque avancée de l'infection, on ne peut jamais affirmer qu'elle soit éteinte au fond des culs-de-sac glandulaires. Que de fois, en effet, on assiste à des rechutes sans réinoculations, à des contagions déconcertantes !

SYMPTOMES DES METRITES CERVICALES

Nous serons bref sur la symptomatologie de l'endocervicite catarrhale.

La forme aiguë est caractérisée par un malaise, une courbature générale, de la fièvre, des douleurs violentes dans le bas-ventre.

S'il y a blennorrhagie, la vulve est rouge vif, baignée de pus jaune verdâtre. L'urèthre est également rouge, très irrité.

La malade accuse des brûlures à la miction.

Le toucher et l'examen au spéculum ne sont possibles qu'après quelques jours de repos et de soins. On constate alors une chaleur anormale du vagin et du col. L'utérus est très sensible; les culs-de-sac sont douloureux, œdématiés, quelquefois même empâtés.

Le museau de tanche est rouge, tuméfié. Son orifice est bordé d'un anneau lie de vin et laisse échapper un pus crémeux jaune verdâtre. Quelques jours ou quelques semaines plus tard, l'infection peut gagner les trompes, les ovaires, le péritoine pelvien. Les complications annexielles dominent alors la scène. La métrite reste au second plan.

Dans la forme dite subaiguë, on a une atténuation des signes locaux et une absence de signes généraux et de réactions péritonéales.

Dans la puerpéralité, on constate dès les premiers jours qui suivent l'accouchement ou la fausse couche, outre les signes généraux signalés, une fétidité des lochies, un utérus gros, douloureux, béant, inerte. Son involution s'arrête.

L'infection envahit quelquefois rapidement les annexes, le tissu cellulaire périutérin, le péritoine pelvien. Mais elle peut rester localisée à l'utérus.

La forme chronique est caractérisée par trois symptômes principaux :

La leucorrhée ;

La douleur ;

Les troubles de la menstruation.

La leucorrhée est constante. Elle est constituée par de gros flocons de mucus épais, filant, gris jaunâtre, jaune verdâtre dans la métrite blennorrhagique ; par des mucosités moins épaisses, souvent teintées de sang dans la métrite puerpérale.

Rarement discrète, elle est le plus souvent abondante, continue, obligeant les malades à se garnir, entraînant : un érythème, une lichenification, une pigmentation de la face interne des cuisses. Non seulement elles affaiblissent, mais agissent sur l'état psychique de ces femmes obsédées par cette souillure continuelle.

La douleur est variable, suivant les formes de la métrite et suivant les malades.

En général, elle ne revêt pas une grande intensité et consiste en une sensation de gêne à l'hypogastre et en tiraillements au niveau des reins. Elle apparaît surtout lors de l'époque menstruelle exagérée par la marche, les efforts, la fatigue.

Dans la métrite blennorrhagique, elle est à peu près nulle, sauf au moment des règles.

Dans la métrite puerpérale, elle est continue, sourde, localisée à l'hypogastre. Le processus infectieux détermine un relâchement des ligaments, et l'utérus subinvolué, plus lourd, s'incline le plus souvent en arrière. C'est cette déviation de l'utérus, gênant l'écoulement des sécrétions, favorisant la congestion de l'organe, qui devient la cause principale des troubles douloureux.

Les troubles menstruels sont les moins fréquents. Ils sont à peine marqués dans la métrite blennorrhagique. Dans la métrite puerpérale, l'écoulement menstruel peut augmenter d'abondance et tendre à se prolonger. Parfois, il apparaît à des époques indéterminées et sa durée est variable.

Les signes physiques sont presque toujours limités au col de la matrice. Les modifications du corps sont rarement suffisantes pour être perçues au palper combiné au toucher.

Toutefois, dans la métrite puerpérale, on sent un utérus gros, douloureux, généralement rétroversé. Les culs-de-sac sont sensibles par suite de la coexistence d'une périmétrite. Cette dernière est surtout marquée au niveau des ligaments utérosacrés, donnant au toucher une sensibilité du Douglas et une douleur nette quand le doigt essaye de déplacer l'utérus en avant, manœuvre qui met en tension les ligaments utérosacrés.

Au toucher, le doigt rencontre : tantôt un col conique renflé par les sécrétions, à orifice punctiforme : c'est le col en forme de barillet des nullipares ; tantôt un col volumi-

neux à orifice béant, agrandi par une déchirure. Les lèvres du museau de tanche sont hypertrophiées, inégales, étalées, parfois criblés d'œufs de Naboth donnant l'impression de grains de plomb enchassés dans le parenchyme cervical.

La consistance du col est variable. Au début de l'affection, elle est molle. Plus tard, elle devient dure, tranchant sur la mollesse de la muqueuse en ectropion.

L'examen au spéculum confirme et complète les signes obtenus par le toucher.

Chez les nullipares, le col est conique, renflé, en barillet. Son orifice est punctiforme, entouré d'un liseré rouge, laissant échapper un gros flocon de muco-pus. Cet aspect clinique est caractéristique de la métrite chronique blennorrhagique.

Chez les multipares, les lèvres sont étalées, béantes, déchirées; l'orifice a la forme d'une fente par laquelle la muqueuse congestionnée fait saillie en gros bourrelet.

Parfois, on n'a pas d'ectropion, mais une érosion circonscrivant l'orifice ou formant une plaque isolée sur l'une des lèvres.

Dans la métrite récente, le col congestionné est rouge violacé, mais toujours plus pâle que la muqueuse utérine ou les érosions qui ont une teinte écarlate ou cramoisie.

Dans la métrite ancienne, le col est beaucoup moins rouge, parfois blanchâtre.

La métrite chronique retentit toujours sur l'état général. Les femmes qui en sont atteintes accusent : des troubles gastro-intestinaux : dyspepsie, constipation ; des troubles nerveux : tendance à la neurasthénie, lassitude générale. Elles présentent un amaigrissement progressif. Elles ont

une teinte terreuse de la face avec cercle bistré autour des yeux. « C'est le faciès utérin de Pozzi. »

Nous insistons enfin sur l'association de la métrite du corps et de celle du col, et surtout sur la coexistence possible de complications annexielles. Nous savons leur importance et les erreurs de thérapeutique qu'elles entraînent si elles sont méconnues.

Nous répétons que la métrite puerpérale au début est une métrite totale et doit être traitée comme telle. En outre, si les lésions du corps guérissent généralement en un laps de temps relativement court, elles peuvent persister très longtemps.

Par contre, dans la métrite blennorrhagique, très souvent l'infection se limite d'emblée sur le museau de tanche. C'est rarement qu'elle envahit le corps tout entier.

Mais l'une comme l'autre, dans leur phase aiguë, comme dans leur phase chronique, peuvent se compliquer de lésions annexielles qui doivent absorber toute notre attention et être traitées avant tout.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la métrite cervicale chronique est en général facile. Mais il est deux cas où la sagacité du médecin est mise à l'épreuve : nous voulons parler :

De l'adénome diffus,

Et du cancer du col.

L'adénome diffus du col simule à s'y méprendre la métrite cervicale chronique. Les cols gros bourgeonnants, à surface relativement lisse, de consistance élastique, sont pris pour des cols atteints de métrite. Mais la leucorrhée claire caractéristique de l'adénome nous fera penser à ce dernier.

D'autre part, les gros cols irréguliers, de consistance inégale, avec noyaux durs recouverts d'une muqueuse tendue, congestive, saignant facilement, font penser au cancer.

Dans ce dernier, l'induration est plus continue, plus régulière, plus homogène.

D'une façon générale, la dissémination des lésions, les alternatives de dureté et de mollesse, une muqueuse molle, souple, sont en faveur de la métrite.

Mais en présence de lésions limitées, d'induration de la muqueuse, le doute est possible et la biopsie fera le diagnostic.

Le diagnostic de chancre du col, arrondi en demi-cercle, surélevé ou déprimé, avec induration et adénopathie des ganglions profonds du bassin, ne se pose généralement pas avec la métrite cervicale.

Enfin, la tuberculose du col, rare, est souvent méconnue. Se présentant soit sous forme d'ulcération plus ou moins profonde reposant sur un col infiltré, soit sous forme d'ulcération papillomateuse, bourgeonnante, végétante, avec bosselures inégales, elle est prise presque toujours pour un cancer, et c'est la biopsie qui éclairera sur la nature de la lésion.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'on se trouve en présence d'une endocervicite inflammatoire chronique. Il faut en outre se rendre compte si elle n'est pas accompagnée de lésions annexielles. Certes, le diagnostic en sera facile si le praticien se trouve en présence d'un utérus normal flanqué de deux masses latérales plus ou moins volumineuses avec culs-de-sac empâtés et douloureux. Mais il n'en est pas toujours ainsi; dans les salpingites simples, sans augmentation du volume des trompes, sans empatement périphérique, le diagnostic est beaucoup plus épineux. Il faudra donc se méfier toutes les fois que le palper bimanuel réveillera une douleur au niveau des culs-de-sac latéraux — et toutes les fois que la mobilisation de l'utérus provoque de la douleur.

S'agit-il de salpingite qui contre-indique le traitement par le fillos ou de péricervicite capable de s'améliorer par le même traitement? Dans le cas où l'on se trouve en présence de cette affection, on obtient une douleur nette en déplaçant l'utérus en avant, comme nous l'avons fait remarquer précédemment.

TRAITEMENT

Etant donné la fréquence des métrites cervicales, leur danger par les complications annexielles graves qu'elles peuvent occasionner, et la stérilité dont elles sont cause, nous devons bien connaître les moyens que nous avons à notre disposition pour les enrayer. Or, malgré les traitements innombrables des métrites, peu sont efficaces, surtout à la phase chronique de cette affection.

En effet, les notions étiologiques, pathogéniques, anatomopathologiques que nous avons rappelées nous permettent de comprendre combien cette affection rapidement tenace est difficile à traiter. Il est impossible d'atteindre les germes pathogènes qui s'abritent profondément dans les glandes de la muqueuse par de simples lavages ou pansements antiseptiques. Le traitement rationnel doit consister dans la suppression de la muqueuse.

Voyons ce que nous pouvons attendre des différents traitements préconisés dans l'endocervicite.

Dans la métrite cervicale aiguë ou subaiguë, les injections antiseptiques détruisant sur place les organismes pathogènes seront efficaces. Comme le dit si justement le docteur Douay, les meilleurs antiseptiques sont les moins toxiques. Tous sont bons, à la condition de les varier et de ne pas prolonger leur emploi, afin d'éviter l'accoutumance du microbe au même antiseptique.

De même, on obtiendra de bons résultats avec les injections chaudes activant la sécrétion glandulaire, les topiques à la glycérine, soit solidifiée sous forme d'ovules, soit liquide sous forme de mèches imbibées de glycérine. Celle-ci, très avide d'eau, exerce une véritable succion du col.

On a préconisé en outre le ventousage du col agissant mécaniquement par aspiration des mucosités.

Mais injections chaudes antiseptiques, pansements, ovules à la glycérine, agissent peu sur la muqueuse endocervicale. Lorsque cette dernière est atteinte superficiellement, on obtiendra de bons résultats par des instillations dans la cavité cervicale de liquides caustiques, nitrate d'argent au 50°, chlorure de zinc au 10°, teinture d'iode, ou par l'introduction de mèches imbibées de ces mêmes liquides ou de crayons médicamenteux laissés un certain temps dans la cavité.

Malheureusement, très souvent le début de la métrite cervicale évolue sournoisement, passe inaperçu, et les malades viennent consulter à une phase beaucoup plus avancée de la maladie, alors que la muqueuse est profondément atteinte et que les différents traitements précités sont absolument inefficaces. Il faut donc s'adresser à des méthodes plus énergiques.

On a abandonné le curettage de la cavité cervicale pratiqué après dilatation, par suite de poussées annexielles graves qu'il peut provoquer.

Plus intéressantes sont les scarifications du col et l'ignipuncture.

Depuis longtemps, on pratiquait les scarifications sur le col pour le décongestionner. Doléris a fabriqué une vé-

ritable herse : scarificateur destiné à ouvrir, à dilacérer les glandes et par suite à évacuer leur contenu. Ce procédé intéressant ne peut prétendre ouvrir toutes les glandes ; de plus, il ne les détruit pas, et peut provoquer sur les muqueuses congestionnées des hémorrhagies graves.

L'ignipuncture faite au galvanocautère, en couronne, autour de l'orifice du col, à trois ou quatre millimètres de profondeur et à intervalle de quinze jours, peut avoir une influence heureuse. Mais son action n'est que partielle et limitée.

Nous citerons en outre deux méthodes nouvelles, dont les premiers résultats, très encourageants, méritent notre attention, à savoir : la diathermie et la cryothérapie, que nous avons vues appliquer toutes les deux à l'hôpital Broca.

La diathermie est utilisée surtout dans la dysménorrhée et dans les ovaro-salpingites subaiguës ou chroniques.

La cryothérapie, d'après MM. Bizard et Rabut (1), donne des guérisons complètes de la métrite cervicale chronique. Cette méthode consiste à modifier la muqueuse par des applications de froid obtenu par un mélange de neige carbonique et d'un liquide incongelable. Ce mélange, contenu dans le cryocautère du docteur Lortat-Jacob auquel on adapte une sonde utérine est facilement appliqué sur la muqueuse endocervicale par l'introduction de cette sonde dans la cavité du col. Des recherches sur cette méthode, faites dans le service du professeur J.-L. Faure feront

(1) Bizard et Rabut. — Le traitement des métrites chroniques du col par la neige carbonique. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 10 mai 1923.

l'objet d'une thèse actuellement en préparation (D. Dandiman).

Il nous reste enfin à parler de deux méthodes thérapeutiques dont l'efficacité est certaine dans le traitement de la métrite cervicale chronique, à savoir : *l'amputation du col* et les *cautérisations au caustique de Filhos* :

Ces deux méthodes ont les mêmes indications. Toutefois il en est une qui relève plus particulièrement de l'amputation. Nous voulons parler de l'adénome diffus. En effet, dans ce dernier, toute thérapeutique irritative : cautérisations, ignipuncture, scarifications, prédispose à la dégénérescence épithéliomateuse et l'amputation devient alors l'intervention de choix.

L'amputation du col bien exécutée guérit rapidement la métrite cervicale chronique sans rétrécissement et reste le traitement de choix de cette affection.

Mais il faut quelle soit bien exécutée avons-nous dit.

En effet, il faut avant tout enlever toute la muqueuse malade pour obtenir une guérison radicale.

Il faut en outre faire une suture convenable et obtenir une cicatrisation par première intention afin d'éviter la sténose fibreuse de l'orifice externe.

Or, si cette opération est simple dans son principe, elle est délicate à exécuter.

L'opération classique de Schroeder, qui consiste en section bilatérale du col et résection cunéiforme portant sur la face interne de chaque valve présente un gros inconvénient : La suture en est difficile et la cicatrisation le plus souvent secondaire est irrégulière et donne un col déformé et cicatriciel.

Le professeur J.-L. Faure et le docteur Douay pratiquent l'évidement conique du col suivant la technique de Sturmdorf.

Cet évidement du col n'est pas une méthode nouvelle. C'est le professeur Pouey (1) qui, le premier, la pratique en 1901.

Puis Forge, en 1906, fait son évidement conique en carotte.

Sturmdorf (2), en 1916, décrit sa « cone opération ».

Mathews (3), en 1921, rapporte l'opération de Sturmdorf dont il modifie la suture.

En 1921 et 1922 le docteur Douay (4) rappelle les avantages de l'évidement conique du col et décrit un nouveau procédé de suture à l'aide d'un double point en U assurant à la fois une cicatrisation par première intention et une hémostase parfaite.

Donc parmi les procédés d'amputation du col : l'évidement conique largement pratiqué, enlevant toute la muqueuse endocervicale jusqu'à l'isthme et suivi de la suture préconisée par le docteur Douay, reste le procédé de choix.

Mais malgré les résultats très satisfaisants de cette opération, nous devons convenir de ses inconvénients :

(1) Paul Petit. — Cure radicale de la cervicite. Procédé de Pouey. *Presse Médicale*, 23 mai 1901.

(2) Tracheloplastic methods and results, surg., *Gyn. and Obst.*, p. 31. Chicago, janvier 1916.

(3) « A study of Chronic endocervicitis », surg., *Gyn. and Obst.* Mars 1921.

(4) Métrite du col, par E. Douay. *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, N° 2. — L'évidement conique du col avec double point en U. *Gynécologie et Obstétrique*, 1922, N° 5.

D'une part, elle n'est pas à la portée de tout le monde. Elle nécessite un chirurgien expérimenté.

D'autre part, toutes les femmes n'acceptent pas volontiers une intervention chirurgicale et beaucoup préfèrent un traitement médical.

Or nous avons à notre disposition un procédé qui n'a rien de chirurgical, qui est à la portée de tout médecin, qui détruit les tissus malades, qui restitue au col sa forme et ses orifices : nous voulons parler des cautérisations par le caustique de Filhos.

TRAITEMENT DE L'ENDOCERVICITE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS

La méthode des cautérisations par le caustique de Filhos, dans le traitement des métrites cervicales chroniques, n'est pas sans inconvénients, si elle est appliquée aveuglément par un praticien qui en ignore les indications et la technique.

C'est une méthode dangereuse, dirons-nous même, entre les mains de celui qui fait un diagnostic à la légère, qui passe à côté d'une complication annexielle.

Malgré les nombreuses publications qui ont paru ces dernières années, rapportant toutes avec précision les indications et la technique de la méthode, il est encore de nombreux médecins qui la condamnent parce qu'ils l'ont employée à tort et que par suite ils n'en ont pas obtenu les résultats escomptés.

Nous allons envisager successivement : les indications, la technique, les résultats, et les incidents de ce traitement.

INDICATIONS DES CAUTÉRISATIONS PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS. — Ces cautérisations doivent être appliquées exclusivement dans l'endocervicite inflammatoire chronique quelle soit d'origine blennorrhagique, puerpérale ou mixte.

Les cols justiciables de ces cautérisations sont :

1° Les gros cols de multipares : à lèvres hypertrophiées, inégales, parfois bourrées d'œufs de Naboth, avec ectropion de la muqueuse épaissie, cramoisie, avec orifice béant déchiré laissant sourdre de grosses glaires filantes blanc jaunâtre.

2° Les cols de nullipares en forme de barillet à orifice étroit bordé d'un liseré rouge vif et duquel s'échappent de gros flocons muco-purulents.

3° Le moignon cervical après hystérectomie subtotale présentant une leucorrhée abondante et tenace.

Nous avons déjà dit que l'adénome diffus du col, qui simule parfois l'endocervicite, ne doit être touché par le Filhos qu'avec grande réserve, à cause de la possibilité de sa dégénérescence en cancer. Le traitement de choix serait l'amputation du col.

CONTRE INDICATIONS. — Les contre indications des cautérisations par ce caustique sont de la plus haute importance à connaître. Si elles sont négligées, elles peuvent entraîner des complications très graves : annexite aiguë, péritonite pelvienne.

Ces contre indications sont :

1° *La métrite totale aiguë ou subaiguë.* — Il faudra donc s'assurer que l'infection est éteinte au niveau de l'utérus. On se rappellera que la métrite puerpérale est au début une métrite totale et qu'à cette phase toute application du caustique peut entraîner une réaction des voies lymphatiques et des annexes. De même dans l'infection blennorrhagique à la période subaiguë, bien quelle semble localisée exclusivement au col, elle peut diffuser silencieusement

jusqu'au corps et même jusqu'aux annexes et se réveiller brusquement sous l'influence du caustique.

2 *Tout début de grossesse.* — En effet, l'utérus hypertrophié très vascularisé, est en état de moindre résistance ; de plus, la réaction utérine à la cautérisation peut provoquer l'avortement.

Aussi est-il prudent de ne commencer le traitement qu'après une période menstruelle. Pour ces mêmes raisons, on attendra le retour de couches chez une femme qui a accouché récemment ou depuis plusieurs mois.

3 *Les lésions annexielles accompagnant l'endocervicite.* — Qu'il s'agisse : de lésion annexielles aiguës ou subaiguës ; de lésions annexielles anciennes importantes relevant de la chirurgie ; de lésions annexielles anciennes ayant subi des rechutes subaiguës récentes.

Dans certains cas, cependant, les lésions annexielles chroniques entretenues par l'endocervicite seront améliorées et même guéries par la guérison de la métrite.

Il ne faut pas oublier que certaines métrites banales guérissent rapidement sous l'influence d'un simple traitement hygiénique : repos et injections chaudes faiblement antiseptiques.

De plus, que certains cols de multipares restent gros, congestionnés, béants après l'accouchement, ce sont tout simplement des cols en sub-involution qui guériront par le traitement précité.

Malgré ces diverses contre indications, très fréquents sont encore les cas où nous serons totalement désarmés et où le caustique de Filhos nous rendra les plus grands services.

PRINCIPE ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT. — Le principe du traitement par ce caustique consiste à détruire les glandes malades, mais en outre, à restituer un col souple avec orifices normaux sans atrésie.

Pour l'application du caustique, la femme est placée en position gynécologique sur la table d'examen, convenablement éclairée. On introduit un spéculum, celui de Collin de préférence, qui donne un champ plus large à l'opérateur. On pratique alors soigneusement un écouvillonnage à sec du col et du vagin à l'aide d'une compresse afin d'éviter la diffusion du caustique. Il est de toute nécessité de garnir convenablement le cul-de-sac postérieur pour le préserver contre un suintement toujours possible, ou une chute maladroite du caustique.

On saisit ensuite à l'aide d'une pince le crayon de Néofilhos, débarrassé de sa feuille de gutta, au niveau du métal qui présente son armature, et on cautérise.

La cautérisation avec le caustique ne doit pas consister en un simple attouchement superficiel. Le but à atteindre est la production d'une escharre, et pour ce faire, le crayon doit être maintenu en contact de la muqueuse jusqu'à ce qu'elle se produise.

On se propose en outre de détruire toute la muqueuse malade ; or l'action du caustique étant toujours limitée au point touché, on peut, dans une même séance, faire plusieurs cautérisations en des points différents.

On applique donc le crayon sur les ulcérations du museau de tanche (muqueuse en ectropion) et on regarde l'effet produit. Au bout d'un temps variable : 5, 10, 15 secondes, on voit apparaître une escharre blanche qui noircit

rapidement, la cautérisation est terminée. La durée du contact ne peut être limitée. Elle dépend avant tout de l'état de la muqueuse. Quand celle-ci est friable, congestionnée, l'escharre se produit en quelque sorte instantanément. Au contraire, lorsqu'elle est très infiltrée, il faut une application plus prolongée.

Richelot nous dit : « Je ne cautérise pas montre en main, je cautérise en regardant et je m'arrête quand l'escharre est faite ».

Pour fixer approximativement la durée de l'application, nous avons vu le docteur Douay compter jusqu'à dix ; c'est en général à peu près suffisant pour produire l'escharre.

On peut faire en outre dans cette même séance une cautérisation intracervicale. On fixe le col à l'aide d'une pince à griffe et on se sert pour cette application d'un crayon usagé qui s'est aminci et est devenu pointu. Mais il faut vérifier la solidité de la pointe avant l'introduction. Si cette pointe venait à se casser et qu'un fragment resta dans la cavité cervicale, la destruction profonde du col en serait la conséquence regrettable. Aussi est-il préférable d'agir autrement. On se sert d'un petit tampon de coton monté sur une tige et imprégné du caustique. On l'introduit jusqu'au fond de la cavité cervicale et on lui imprime un ou plusieurs mouvements de rotation.

Pendant et après l'application du caustique, on doit, à l'aide de compresses ou de petits tampons d'ouate hydrophile, enlever soigneusement dans la cavité cervicale et sur le museau de tanche, l'excès de bouillie caustique.

On termine en plaçant un pansement vaginal avec une

gaze sèche garnissant le cul-de-sac postérieur. Ce pansement sera retiré 12 à 24 heures après et la malade prendra matin et soir une injection de deux litres d'eau bouillie salée tiède.

Telle est la technique de la cautérisation. Rappelons quelques détails utiles à connaître.

1° Il est prudent de ne pas cautériser d'emblée des cols très congestionnés. Dans ces cas, on prescrira un traitement hygiénique préalable (deux injections quotidiennes d'eau bouillie salée tiède) et un repos relatif suivant les occupations et les moyens de la malade.

2° Toute cautérisation doit être faite au moins une semaine après la fin des règles. Celles-ci s'accompagnent en effet de congestion des organes du petit bassin, cause d'infection.

3° Toute cautérisation doit être précédée d'un toucher soigneux, confirmant qu'il n'y a ni lésions annexielles, ni début de grossesse, renseignant sur la position de l'utérus, sur la direction du col. Guillemin conseille d'explorer la cavité cervicale avec une bougie d'Hégar (N° 15 de la filière Charrière) donnant la direction de l'axe du col et permettant de diriger le crayon selon cette direction. Il conseille en outre lorsqu'il existe une rétrodéviatiou, de s'assurer que la cavité de l'isthme n'est pas trop béante et d'éviter de cautériser trop près de cette région. Le caustique peut, en effet, diffuser au delà et produire une escharre. Cette dernière, enfermée dans la cavité utérine, est susceptible de déterminer des accidents septiques.

Dans la même circonstance, le docteur Douay nous donne le conseil de traiter d'abord la rétroversion, et d'obtenir sa réduction avant de cautériser le col.

Enfin, dans certains cas, la dilatation peut être nécessaire avant l'application intracervicale du caustique.

Dans les observations que nous publions, nous n'avons pas eu l'occasion d'y recourir. Chez les nullipares nous cautérisons à l'aide de tiges porte-coton imprégné de caustique dont le calibre est inférieur à celui du crayon. Mais, en présence d'orifices punctiformes on doit dilater et non ouvrir ces cols en évitant l'orifice externe à l'aide de deux ou trois cautérisations et plus. On verra plus loin le danger des cautérisations sur les orifices.

Guillemin utilise des lamineuses courtes dilatant seulement la cavité cervicale, n'atteignant pas l'isthme. Leur emploi permet, 24 heures après, de pénétrer facilement dans la cavité cervicale. On peut dilater extemporanément à l'aide de bougies d'Hégar, ou à l'aide d'une pince à pansement introduite dans la cavité et ouverte délicatement.

INTERVALLE ET NOMBRE DES CAUTÉRISATIONS. —

On ne doit jamais faire une nouvelle cautérisation avant que l'escharre formée par la précédente soit tombée, c'est-à-dire avant 7 à 10 jours.

Le docteur Douay ne se contente pas de la chute de l'escharre ; il attend la réparation des surfaces cautérisées et fait la deuxième cautérisation trois semaines après la première. De cette façon, il peut constater les résultats acquis par la première cautérisation et ne cautérise pas inutilement des surfaces susceptibles de parfaite cicatrisation.

Ainsi la deuxième cautérisation est parfois rendue inutile. Souvent la partie visible du col est en bonne voie de

cicatrisation et il suffit de faire pour la deuxième cautérisation une application endocervicale.

Le docteur Douay fait revenir ses malades dans l'intervalle des cautérisations et fait un pansement vaginal, à l'aide d'une mèche imbibée d'une solution d'acide picrique à 8 pour 1.000, laissé 24 heures.

Par cette méthode des cautérisations espacées, on réduit considérablement le nombre des cautérisations.

En effet si on s'en rapporte aux statistiques du docteur Guillemin, qui cautérise tous les 9-10 jours, on constate qu'il fait en moyenne 3 à 4 cautérisations.

Or, sur 15 malades traitées sous la direction du docteur Douay, revues dernièrement toutes guéries et dont nous rapportons les observations, 4 n'ont subi qu'une seule application (Observations 1 à 4) ; 10 en ont subi 2 (Obs. 5 à 14) ; une seule n'a subi que 3 applications (Obs. 15).

La moyenne des cautérisations est à peine de 2.

(Etant donné une légère persistance des pertes chez deux de ces malades : observations 13 et 15, nous avons jugé utile de refaire une cautérisation intracervicale pour compléter les résultats obtenus).

Sur 28 malades traitées par le docteur Lévy, qui fait ses cautérisations tous les 12 jours et dont nous rappelons également les observations : une seule guérit par 1 cautérisation (Obs. 16) ; 12 guérissent par 2 cautérisations (Obs. 17 à 28) ; 8 guérissent par 3 cautérisations (Obs. 29 à 36) ; 5 guérissent par 4 cautérisations (Obs. 37 à 41) ; 2 guérissent par 5 cautérisations (Obs. 42 et 43).

La moyenne des cautérisations est ainsi de 3.

Enfin nous rapportons 3 observations de malades traitées par le docteur Leroy, assistant du professeur J.-L. Faure, qui fait ses cautérisations tous les huit jours.

Une malade a subi 4 applications (Obs. 44) ; une autre 5 (Obs. 45) ; une dernière 7 (Obs. 46).

Que les applications soient faites tous les huit, dix, douze ou vingt jours, la guérison de la métrite est certaine. Nous avons obtenu, en faisant des applications toutes les trois semaines, des résultats aussi satisfaisants qu'en les faisant tous les 8-10 jours et avec un minimum d'applications.

Bouffe de Sant-Blaise considère comme très dangereux de faire des cautérisations aussi rapprochées qu'on l'a dit, c'est-à-dire tous les 8-10 jours.

De même le docteur Paucot, de Lille, pratique ses cautérisations à intervalles jamais inférieur à 14 jours, parfois de 20 à 25 jours. Si nous insistons sur cette méthode, c'est qu'il n'est pas indifférent de réduire le nombre des cautérisations. En effet, comme nous le verrons plus loin, c'est certainement l'abus des cautérisations qui cause un des incidents redouté du traitement : l'atrésie du col.

REPOS NÉCESSAIRE PENDANT LA PÉRIODE DES CAUTÉRISATIONS ET SURVEILLANCE DES MALADES APRÈS LA GUÉRISON. — En général dans la clientèle d'hôpital, nous ne prescrivons le repos au lit que le jour de la cautérisation et un repos relatif les jours suivants, ne pouvant obtenir davantage de ces malades. La cautérisation est faite à la consultation externe et la malade rentre chez elle, où il est convenu qu'elle doit se reposer. La douleur provoquée par la cautérisation est très variable : parfois nulle ou presque

nulle ; parfois au contraire, très violente. Mais elle doit s'atténuer très rapidement. Si elle persiste, la malade doit observer un repos absolu au lit pendant plusieurs jours, parfois même pendant toute la durée du traitement. De même si la malade présente une annexite ancienne, bien que silencieuse, on ne saurait trop conseiller un repos au lit.

Après la guérison il est indispensable de suivre ces malades pendant quelques mois. On a quelque fois conseillé (Guillemin) de pratiquer une fois par mois une dilatation douce et progressive à l'aide de bougies d'Hégar. Cette précaution a pour but de lutter contre la rétraction du col qui s'observe parfois après l'application du caustique.

Un traitement judicieusement fait doit pouvoir se passer de cette dilatation consécutive. Cette thérapeutique n'a jamais été employée chez les malades de l'hôpital Broca et de l'hôpital Tenon, dont nous rapportons les observations.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT. — Les cautérisations au caustique de Filhos faites suivant une bonne technique permettent d'obtenir une guérison complète de la métrite cervicale inflammatoire chronique. Le col reprend un aspect normal ou presque normal et on constate une suppression de tous les troubles accusés par la malade : leucorrhée, douleurs, troubles généraux : gastro intestinaux, nerveux. La malade augmente de poids et retrouve toute son activité physique et psychique. Elle recouvre en outre son activité génitale. En effet la cavité cervicale n'étant plus obstruée par les sécrétions glaireuses continuelles des glandes malades, la gestation devient possible.

INCIDENTS DU TRAITEMENT. — Convenablement pratiqué ce traitement ne comporte que des incidents très rares à savoir :

1° *Les réactions annexielles ;*

2° *L'atrésie de l'orifice externe.*

1° *Réactions annexielles au cours du traitement.*

Si le traitement n'est appliqué que dans la métrite cervicale chronique, non compliquée de lésions annexielles, ou ne présentant que des lésions peu importantes et éteintes depuis longtemps, et si les malades ont observé rigoureusement le repos prescrit, ces incidents possibles sont exceptionnels.

Dans les observations que nous publions nous ne notons aucun incident de cet ordre. Quelques malades accusent seulement des règles anormalement douloureuses.

Ces réactions annexielles que l'on trouve encore trop fréquemment signalées sont le plus souvent légères, mais parfois très graves, nécessitant l'hystérectomie. Tout praticien doit en être averti, et s'il décide un traitement au *Filhos* dans les cas de cervicite chronique compliquée d'annexite ancienne d'apparence guérie, il doit ordonné un repos absolu à ses malades. De plus si elles accusent une douleur continue dans le bas-ventre, ne cédant pas au repos au lit et à l'application de compresses humides chaudes, et si leur température atteint et dépasse 38°, il est de toute nécessité de prescrire l'application permanente d'une vessie de glace sur l'hypogastre. Ainsi avec ces précautions immédiates les réactions légères de périmétrite cèdent rapidement en deux ou trois jours.

2° *Atrésie consécutive au traitement par le caustique de Filhos.* — Cette atrésie constitue pour les accoucheurs la pierre d'achoppement de ce traitement de la cervicite. Le professeur Couvelaire qui reconnaît les excellents résultats

de la méthode signale des cas de dystocie grave due à l'atrésie. Dans les cas publiés par lui, la dystocie est une dystocie des orifices externe ou interne et non du canal.

Le docteur Guillemin nous rapporte une statistique importante sur les accouchements consécutifs à l'application du Filhos et relève des dystocies sérieuses de l'orifice externe.

Cathala et Devraigne signalent eux aussi des cas de dystocie grave et conseillent même d'éviter ce traitement chez les femmes susceptibles de devenir enceintes.

Pendant contrairement à ces assertions Paucot relève une statistique dans laquelle la dystocie cervicale au cours de l'accouchement est relativement fréquente, mais toujours peu grave, ne nécessitant jamais la césarienne. Il convient toutefois à un hasard de série.

Dans les observations que nous publions, nous n'avons que deux accouchements après un traitement par le Filhos. Ils ont été absolument normaux (Observations 42 et 43). Pourtant l'opinion de Richelot à ce sujet est toute différente de celles précitées... « Trois semaine après la fin du traitement, on trouve un col nouveau, jeune, remis à neuf ; il a sa forme d'avant l'infection. L'orifice externe est arrondi, facilement perméable et ne présente aucun obstacle au cathétérisme. Fait remarquable, il n'y a jamais d'atrésie... jamais de bride cicatricielle ».

Que penser de cette contradiction ? Il est certain que nombreux cas de dystocie sont imputables à une mauvaise technique. « Malgré la simplicité et la facilité de la mé-

thode, nous ne voudrions pas jurer, écrit Richelot, qu'une main lourde ne trouvera jamais moyen d'oblitérer un col avec le caustique de Filhos ».

Et malgré tout il est des cas de dystocie grave chez des malades convenablement traitées.

A quoi donc est due cette sténose du col ? On l'impute à la sclérose, malgré les affirmations contraires de Richelot qui soutient que non seulement le caustique n'a jamais produit de sclérose, mais la détruit quand elle existe.

Le docteur Dupont, dans deux intéressantes études anatomiques de deux cols traités par le Filhos, ne constate point la présence de tissu de sclérose.

La biopsie pratiquée dans la métrite cervicale chronique montre : une muqueuse hyperplasiée avec nombreuses dilatactions kystiques et une importante infiltration embryonnaire.

Parfois aussi de la sclérose à type collagène au niveau du chorion ; dans la métrite très ancienne, la sclérose gagne la musculuse.

Si le caustique de Filhos n'a détruit que la muqueuse, la cicatrisation se fait aux dépens du tissu conjonctif par évoluton adulte de ses différents éléments en fibres collagènes et fibres élastiques. L'épithélium se régénère par multiplication de la couche basale génératrice partant du pourtour de la plaie. L'infiltration embryonnaire disparaît par métaplasie.

Mais s'il y a destruction de la fibre musculaire, celle-ci ne se régénère pas, et c'est encore le tissu conjonctif qui fera les frais de la cicatrisation.

Ainsi l'atrésie ne résulte pas de la formation d'un tissu

de sclérose, mais de la suppression des éléments contractiles du col. C'est la théorie émise par le docteur Dupont et à laquelle nous nous rallions.

Cette opinion cadre parfaitement avec les affirmations de Richelot et l'atrésie n'est pas imputable au Filhos, mais à sa mauvaise application.

Dès lors ressort tout l'intérêt de la méthode des cautérisations espacées. En cautérisant aveuglément des surfaces cruentées on court le risque de dépasser le but qu'on se propose d'atteindre et de détruire le muscle. Au contraire, en attendant la cicatrisation, on saura limiter strictement à la muqueuse la nouvelle cautérisation.

En outre, il faut se garder de pratiquer des cautérisations répétées sur les orifices et surtout ne pas ouvrir un col en évidant son orifice externe au moyen de deux ou trois cautérisations.

Ces erreurs de technique sont faciles à éviter dans les cols de multipares béants, et chez les nullipares à orifice punctiforme, par une dilatation préalable.

Nous croyons devoir rappeler que Paucot cite deux observations curieuses de malades présentant une atrésie serrée après le traitement. Ces femmes, devenues enceintes, eurent des accouchements normaux.

Il résulte que l'atrésie qui suit immédiatement le traitement ne saurait faire préjuger d'une dystocie par sténose au moment du travail.

Nous avons signalé que, dans les métrites cervicales très anciennes, la sclérose envahit la musculieuse. Nous comprenons que dans ces cas, malgré un traitement convenable au Filhos, nous aurons de la sclérose. Mais celle-ci préexiste au traitement.

OBSERVATIONS

Nous publions 46 observations de malades traitées par le caustique de Filhos dont :

15 sous la direction du docteur Douay ;

28 par le docteur Lévy ;

et 3 par le docteur Leroy.

Nous classerons simplement ces observations par le nombre des cautérisations faites aux malades.

OBSERVATIONS DE MALADES

TRAITEES SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR DOUAY

OBSERVATION I

M^{me} P..., 50 ans. — Grossesse normale il y a 30 ans. Pas de fausse couche. Opérée le 12 avril 1923 par M. Donay pour un fibrome. Hystérectomie subtotale.

Revient le 20-3-24 pour douleurs dans le bas-ventre et pour pertes blanches. La malade n'est plus réglée.

A l'examen, moignon cervical gros perméable laissant échapper une grosse glaire filante. On fait à la malade une application de Filhos.

Le 11-4-24 la malade ne souffre plus; les pertes sont très diminuées.

Revue depuis et dernièrement, le 30-4-25, complètement guérie. Plus de douleurs, plus de pertes. Moignon en parfait état.

OBSERVATION II

M^{me} V..., 30 ans. — Grossesse en 1914. Accouchement à sept mois et demi. Pas de fausse couche. Vient consulter le 29 octobre 1923 pour salpingite double, surtout à droite. Ablation des annexes.

Revient le 4 juin 1924 pour pertes blanches.

A l'examen, col gros ulcéré perméable. On fait une application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 25 juin 1924 on constate une grosse amélioration.

Revue depuis et dernièrement, le 30-4-25, parfaitement guérie. Col en bon état, pas de pertes.

OBSERVATION III

M^{me} P..., 40 ans. — Grossesse en 1915. Pas de fausse couche. Vient consulter en février 1921 pour annexite bilatérale. Hystérectomie subtotale.

Revient en février 1925 pour pertes abondantes et douleurs lombaires.

On fait une application de Filhos en mars.

Actuellement : plus de douleurs, plus de pertes. Col parfait.

OBSERVATION IV

M^{me} P..., 28 ans. ... Grossesse normale en 1920. Pas de fausse couche. Vient consulter en 1923 pour annexite double. Hystérectomie subtotale. Un fragment de l'ovaire droit prolabé dans le douglas et indécollable est laissé à ses adhérences.

Revient en novembre 1924 pour quelques pertes blanches et pertes rouges.

On sent à droite un ovaire de la grosseur d'une amande ayant bien le caractère d'un ovaire normal. Moignon cervical gros congestionné.

On fait une application de Filhos.

La malade, revue depuis et dernièrement, le 30-4-25, ne souffre pas, n'a plus de pertes blanches et rouges. Le moignon cervical est en parfait état.

OBSERVATION V

M^{me} M..., 45 ans. — Grossesse normale il y a 17 ans. Pas de fausse couche. Vient consulter en octobre 1920 pour fibrome et appendicite. Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

Revient consulter le 3 juillet 1924 pour pertes blanches rosées.

On constate une métrite du moignon. On fait une application de Filhos.

Le 24 juillet 1924, amélioration. Nouvelle application de Filhos.

Depuis la malade ne présente plus de pertes

Revue le 30-4-25. Moignon cervical en parfait état.

OBSERVATION VI

M^{me} C..., 38 ans. — Grossesse en 1906. Accouchement suivi d'infection puerpérale. Pas de fausse couche.

Vient consulter en janvier 1924 pour fibrome et salpingite double. Hystérectomie subtotale, appendicectomie.

Revient le 9 octobre 1924 parce qu'elle présente des pertes blanches, des douleurs dans le bas ventre. Elle a présenté en outre, au début du mois, une légère perte de sang.

Le moignon cervical est gros, congestionné. On fait une application de Filhos.

Le 30 octobre 1924, nouvelle application du caustique.

Revue le 30-4-25.

Depuis la malade a présenté une perte de sang le 31 décembre et une le 28 janvier, durant deux jours, analogue à des règles. Les pertes blanches et les douleurs ont complètement cessé.

Le col est gros mais ni congestionné ni ulcéré.

OBSERVATION VII

M^{me} B..., 46 ans. — 4 grossesses à terme. Pas de fausse couche. Vient consulter le 5 novembre 1924 pour des pertes rouges, règles anormalement abondantes durant 8 à 10 jours, et pour des douleurs dans le bas ventre. Ces troubles datant de 2 mois.

A l'examen, on constate une métrite cervicale et on fait une application de Filhos.

Le 26 novembre 1924 on fait une deuxième application.

Revue depuis et, le 30-4-25, complètement guérie. Plus de pertes rouges, plus de douleurs. Les règles sont parfaitement normales.

Col un peu gros mais ferme, non congestionné, perméable.

OBSERVATION VIII

M^{me} P..., 39 ans. — Une grossesse il y a 18 ans. Accouchement normal. Pas de fausse couche.

Vient consulter le 21-2-24 pour douleurs lombaires et pour pertes blanches datant de 2 ans. Les règles sont régulières et

de durée normale : 3 jours. A l'examen, on constate une métrite cervicale. On fait une application de Filhos. Le 12-3-24, très bon état du col. Deuxième cautérisation.

Malade revue depuis et, le 30-4-25, guérie. Plus de pertes blanches, douleurs lombaires très diminuées, état du col parfait.

OBSERVATION IX

M^{me} B..., 33 ans. — Une grossesse il y a 12 ans. Pas de fausse couche. Vient consulter le 25-9-24 pour douleurs dans le bas ventre et pour pertes blanches très abondantes.

A l'examen, col gros ulcéré. On fait une première application de Filhos.

Le 16 octobre 1924, très beaux résultats. Col cicatrisé, On fait toutefois une deuxième application, la dernière.

Revue depuis et, le 1-5-25, la malade est très satisfaite du traitement. On a une disparition presque complète des glaires. Les règles sont régulières, de durée normale : 4 jours, sans douleurs.

Le col est gros, irrégulier, mais on n'a plus de métrite.

OBSERVATION X

M^{me} R..., 32 ans. — Nullipare. Vient consulter le 5 mars 1925 pour pertes abondantes blanc jaunâtre, glaireuses et pour douleurs lombaires très violentes, datant d'un an. Les règles sont régulières mais très courtes.

A l'examen, on constate une métrite du col et une très légère salpingite droite. On fait une première application de Filhos.

Le 26-3-25, deuxième application intra-cervicale.

Revue le 23-4-25 et le 30-4 en parfait état. La malade n'a plus de douleurs ni de pertes. Les règles sont plus longues.

A l'examen, le col est un peu gros, légèrement congestionné, mais cicatrisé.

OBSERVATION XI

M^{me} C..., 30 ans. — Multipare.

Vient consulter en juin 1924 pour salpingo-ovarite suppurée gauche.

Ablation des annexes gauches. Les annexes droites saines sont conservées. La malade présentait depuis 2 mois avant son opération des pertes jaunâtres abondantes qui persistent après l'intervention.

On constate une métrite cervicale et on fait, le 28 août 1924, une première application de Filhos. Le 17 septembre, deuxième application.

La malade revue depuis et, dernièrement, le 30-4-25, est parfaitement guérie. Plus de pertes. plus de métrite au col.

OBSERVATION XII

M^{me} G..., 24 ans. — Grossesse en 1921. Accouchement normal. Ligamentopexie le 19 juillet 1922 par le Docteur Douay.

Nouvelle grossesse et accouchement normale le 29 juillet 1923.

Vient consulter le 12 décembre 1924 pour pertes blanches jaunâtres très abondantes datant du dernier accouchement. La malade présente en outre des douleurs dans le bas ventre. Les règles très abondantes, durant 8 à 10 jours, sont très douloureuses.

A l'examen, on constate un col gros ulcéré. Première application de Filhos.

Le 2-1-25, col encore gros. Deuxième application.

Le 19-2-25, col cicatrisé.

Le 30-4-25, plus de douleurs, plus de pertes. Règles régulières non douloureuses, durée 3 jours. Etat local parfait.

OBSERVATION XIII

M^{me} D..., 23 ans. — Grossesse en 1920. Pas de fausse couche.

Vient consulter le 5 novembre 1924 pour pertes blanches très abondantes depuis son accouchement. Elle présente des douleurs dans le bas ventre depuis 1923. Règles irrégulières très peu abondantes; durée : 1 jour.

Première application de Filhos.

Le 26-11-24, deuxième application de Filhos.

Le 30-4-25, la malade ne souffre plus.

Les pertes blanches sont très diminuées.

Les règles sont régulières mais toujours peu abondantes; durée : un jour et demi.

A l'examen, la portion visible du col est guérie mais on constate encore quelques glaires venant de l'orifice et nécessitant une application intra-cervicale.

OBSERVATION XIV

M^{me} D..., 21 ans. — Une grossesse en 1923. Déchirée à son accouchement. Une fausse couche en 1922.

En février 1924, appendicectomie.

Le 4 avril 1924 vient consulter pour pertes jaunes, douleurs à la miction, douleurs abdominales à gauche.

A l'examen : métrite cervicale, très légère annexite gauche.

Première application de Filhos.

Le 25 avril 1924, deuxième application.

Revue depuis et, le 30-4-25, pratiquement guérie. La malade accuse encore de temps en temps des brûlures à la miction. Pertes très minimes. Col perméable en parfait état.

OBSERVATION XV

M^{lle} de C... — Nullipare. Vient consulter pour pertes blanches, jaunâtres, très épaisses, très abondantes, datant de 4 ans.

Légères douleurs lombaires.

Règles régulières non douloureuses; durée : 2 à 3 jours.

A l'examen, métrite du col.

Première application de Filhos le 22 septembre 1924.

Deuxième application intra-cervicale le 12 octobre 1924.

Troisième application intra-cervicale le 30 novembre 1924.

Le 30-4-25, règles indolores de même durée; pertes blanches très diminuées, claires.

Examen : col petit, utérus mobile, ovaire droit un peu gros non douloureux. On constate quelques glaires claires venant de l'intérieur du col.

Une petite cautérisation intra-cervicale est à faire pour compléter le résultat obtenu.

OBSERVATIONS DE MALADES TRAITEES
PAR LE DOCTEUR LEVY A LA CONSULTATION
DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL TENON

OBSERVATION XVI

M^{me} R..., 24 ans. — Vient consulter le 1-5-23. Elle a fait, il y a 3 ans, un avortement provoqué et présente depuis des pertes jaune verdâtre et des douleurs abdominales et lombaires. Elle a été traitée par des injections d'eau bouillie et des pansements à l'ichtyol qui n'ont amené aucune amélioration.

A l'examen, on constate une légère vulvo-vaginite, un col gros cyanosé, ecchymotique. Les annexes droites sont perceptibles et douloureuses. On prescrit des injections à base de bleu de méthylène et sulfate de cuivre, des ovules au phytol et le repos.

Le 8-15-23, annexes droites moins douloureuses. Même traitement.

Le 15-5-23, annexes droites complètement indolores. Même traitement.

Le 29-5-23, annexes droites ni perceptibles ni douloureuses; le col est décongestionné mais présente une ulcération lenticulaire sur la lèvre postérieure. Malgré l'annexite récente on pratique une cautérisation au Filhos.

Le 15-6-23, règles normales du 6 au 10; l'ulcération est presque totalement cicatrisée.

Le 29-6-23, ulcération parfaitement cicatrisée; plus de pertes ni de douleurs.

Malade revue en 1924 guérie de sa métrite.

OBSERVATION XVII

M^{me} G..., 28 ans. — Vient consulter le 25-4-23. Nullipare, présentant des élancements douloureux dans le bas ventre un peu avant l'époque des règles et des pertes jaunes depuis plusieurs mois.

A l'examen on constate un col un peu gros perméable avec ulcération lenticulaire sur la lèvre postérieure du museau de tanche.

Le 25-4-23, application de Filhos sur l'ulcération.

Le 7-5-23, application de Filhos intra-cervicale.

Le 20-5-23, ulcération cicatrisée, les pertes jaunes ont disparu.

La malade a été revue depuis pour d'autres causes; elle n'a plus ni pertes ni douleurs.

OBSERVATION XVIII

M^{me} F..., 33 ans. — Vient consulter le 9-10-24. A eu un accouchement il y a 11 ans et demi et présente depuis plusieurs mois des pertes jaunes et des douleurs au coït.

A l'examen, on constate un col gros perméable avec ulcération circulaire autour de l'orifice externe laissant sourdre de grosses glaires jaunâtres.

Le 9-10-24, application de Filhos sur l'ulcération.

Le 21-10-24, application de Filhos intra-cervicale; ulcération en bonne voie de cicatrisation.

Revue ultérieurement complètement guérie. Plus de métrite, plus de pertes.

OBSERVATION XIX

M^{me} L..., 31 ans. — Vient consulter le 7-10-24. Elle a eu deux accouchements à terme en 20 et 21, une fausse couche en 1919. Actuellement, elle souffre au moment des règles et présente des pertes jaunes.

A l'examen, on constate un utérus un peu gros indolore et mobile. Le col est gros et présente une ulcération au pourtour de l'orifice externe de dimension d'une pièce de un franc (ectropion de la muqueuse).

15-10-24, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

27-10-24, grosse amélioration; pertes très diminuées; ulcération en bonne voie de cicatrisation. Encore quelques glaires. Application de Filhos intra-cervicale.

18-11-24, col parfaitement cicatrisé.

Règles du 1^{er} au 5 non douloureuses. Plus de pertes.

OBSERVATION XX

M^{me} D., 30 ans. — Vient consulter le 18-11-23. IVpare bien réglée. 4 avortements provoqués, le dernier datant d'environ un an. Depuis le dernier avortement pertes jaunes abondantes et douleurs dans le bas ventre.

A l'examen, col gros perméable avec ulcération bordant l'orifice et grosses glaires jaunâtres.

18-11-23, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

30-11-23, application de Filhos intra-cervicale, diminution notable des douleurs et des pertes.

16-12-23, col parfaitement cicatrisé.

La malade a été revue depuis complètement guérie. Plus de douleurs, plus de pertes.

OBSERVATION XXI

M^{me} L., 34 ans. — Vient consulter le 2-11-23.

Primipare. Accouchement normal en juillet 1923.

Depuis, pertes jaunes et douleurs dans le bas ventre.

A l'examen, col gros avec ulcération de la taille d'une pièce de 1 franc bordant l'orifice. Utérus normal. Rien aux annexes.

2-11-23, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

28-11-23, règles du 12 au 16 indolores. Pertes très diminuées, encore quelques glaires. Application de Filhos intra-cervicale.

22-12-23, col parfaitement cicatrisé; règles normales. Ni pertes ni douleurs.

OBSERVATION XXII

M^{me} M., 32 ans. — Vient consulter le 8-3-24.

Ipore, un avortement spontané il y a 10 ans. Depuis 2 ans, douleurs lombaires, pertes blanches, rapports parfois douloureux. Règles régulières légèrement douloureuses, abondantes avec caillots : durée 4 à 5 jours.

Examen : utérus légèrement rétroversé, col gros avec ulcération sur la lèvre postérieure. De grosses glaires s'échappent de l'orifice externe.

Le 8-3-24, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 20-3-24, encore quelques glaires. Application de Filhos intra-cervicale.

Le 12-4-24, règles normales non douloureuses du 27 au 30. Ulcération cicatrisée. Plus de pertes.

OBSERVATION XXIII

M^{me} P..., 34 ans. — Vient consulter le 10-12-23. IIIpare. Elle présente depuis plusieurs mois des pertes jaunes très abondantes.

Examen : col avec grosse ulcération et laissant sourdre de grosses glaires jaunâtres. Annexite gauche très ancienne.

Le 10-12-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 28-12-23, règles du 17 au 20 douloureuses (sont habituellement indolores); ulcération cicatrisée sur les bords, persistant dans la partie centrale.

Cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 14-1-24, cicatrisation complète du col; plus de pertes.

OBSERVATION XXIV

M^{me} P..., 20 ans. — Vient consulter le 1-5-23. Primipare, accouchement normal le 13 mars 1923. Depuis, douleurs lombaires et écoulement vaginal muco-purulent.

Examen : gros œdème de la vulve. Ulcération du col des dimensions d'une pièce de 1 franc. Utérus forme mobile, bien qu'un peu gros. Les culs-de-sac sont libres. On prescrit des injections à base de bleu et de sulfate de cuivre.

Le 2-6-23, vulvo-vaginite guérie. Application de Filhos.

Le 16-6-23, les pertes jaunes sont très diminuées. L'ulcération est réduite de moitié. Application de Filhos intra-cervicale.

Le 8-7-23, tous les phénomènes douloureux et leucorrhéiques ont disparu. L'ulcération du col est entièrement cicatrisée.

OBSERVATION XXV

M^{me} B..., 31 ans. — Vient consulter le 2-5-23. A eu neuf gestations toutes conduites à terme; le dernier accouchement remonte à 5 mois. Depuis, douleurs lombaires avec écoulement vaginal muco-purulent.

Examen : col gros avec ulcération de l'orifice externe. Rien aux annexes.

Le 2-5-23, application de Filhos.

Le 21-5-23, grosse amélioration. Les douleurs et les pertes sont très diminuées. Ulcération en bonne voie de cicatrisation. Application de Filhos.

Le 14-6-23, col entièrement cicatrisé.

La malade a été revue ultérieurement pour crise appendiculaire. Elle ne présentait aucun accident du côté de l'appareil génital.

OBSERVATION XXVI

M^{me} M..., 20 ans. — Vient consulter le 30-6-24. Primipare, accouchement normal il y a 14 mois, mais depuis pertes blanches et douleurs lombaires.

Examen : ulcération du col des dimensions d'une pièce de 1 fr. Utérus un peu gros mobile. Rien aux annexes.

Le 30-6-24, application de Filhos.

Le 9-7-24, grosse amélioration. Application de Filhos.

Le 6-8-24, guérison complète de la métrite.

OBSERVATION XXVII

M^{me} H..., 28 ans. — Vient consulter le 31-5-24. Primipare, accouchement normal il y a 28 mois, depuis pertes jaunes et douleurs abdominales.

Examen : col gros ulcéré et glaires jaunâtres.

31-5-24, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

23-6-24, grosse amélioration. Application de Filhos intra-cervicale.

2-7-24, pratiquement guérie. Revue 1 mois après, le 18-9-24. Guérison complète.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} G..., 43 ans. — Vient consulter le 18-10-23. **Ipore, une** grossesse il y a 20 ans; pas de fausse couche. Malade encore bien réglée. Elle présente des douleurs dans le bas ventre et des pertes jaunes abondantes depuis 1 an.

A l'examen : rétroversion de l'utérus; col gros ulcéré, laissant sourdre de grosses glaires.

Le 7-11-23, cautérisation au Filhos (intra-cervicale).

Le 29-11-24, cicatrisation évoluant bien; grosse amélioration.

Nouvelle cautérisation, intra-cervicale.

Le 15-1-24, malade parfaitement guérie.

OBSERVATION XXIX

M^{me} B..., 27 ans. — Vient consulter le 11-11-23. Primipare, accouchement normal en avril 1923. Pas de fausse couche. Pertes blanches depuis deux mois environ. Rapports douloureux.

Examen : col perméable duquel s'échappent de grosses glaires et présentant une ulcération siégeant surtout sur la lèvre antérieure, empiétant à peine sur la lèvre postérieure.

Le 11-11-23, application de Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 22-11-23, pertes diminuées, aucune douleur abdominale. Cautérisation intra-cervicale.

Le 15-12-23, plus de métrite, plus de pertes ni de douleurs.

OBSERVATION XXX

M^{me} B..., 29 ans. — Vient consulter le 30-8-22. Primipare; dernières règles le 20-11-21. Le 3-9-22, accouchement normal d'une fille vivante pesant 3.400 grammes, délivrance naturelle, suites de couches apyrétiques. Le 16-10-22, la malade présente quelques pertes blanches. On prescrit simplement des injections d'eau bouillie salée tiède.

Le 28-5-23, on constate une métrite au col avec ulcération de la taille d'une pièce de 1 franc, surtout sur la lèvre postérieure. Cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

Le 7-6-23, pas de réaction, aucune douleur. Cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 20-6-23, règles du 10 au 13; pertes blanches très diminuées; col en voie de cicatrisation parfaite. Cautérisation au Filhos.

Le 17-7-23, règles du 8 au 11; encore quelques pertes très légères, mais col parfaitement cicatrisé.

OBSERVATION XXXI

M^{me} M..., 34 ans. — Vient consulter le 1-12-23. Un accouchement il y a 11 ans. Une fausse couche provoquée en 1917. Règles

indolores mais pertes jaunes abondantes et rapports douloureux.

Examen : col gros perméable très légèrement ulcéré. Rien aux annexes.

Le 1-12-23, cautérisation au Filhos.

Le 10-12-23, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 23-12-23, règles du 13 au 15 indolores; amélioration nette; cicatrisation en bonne voie. Cautérisation au Filhos.

Le 18-1-24, pertes disparues, sauf de temps en temps une glaire transparente. Col parfaitement cicatrisé.

OBSERVATION XXXII

M^{me} T..., 29 ans. — Vient consulter le 31-5-24. Un accouchement normal il y a 9 ans; pas de fausse couche. La malade présente des douleurs abdominales et des pertes jaunes abondantes depuis un an. Règles régulières mais douloureuses.

Examen : utérus légèrement rétroversé; métrite du col. Rien aux annexes.

Le 31-5-24, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 9-6-24, col en bonne voie de cicatrisation. Cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 21-6-24, cautérisation au Filhos. Règles du 10 au 13 légèrement douloureuses.

Le 19-7-24, pratiquement guérie. Plus de métrite. Plus de pertes blanches, douleurs très atténuées.

OBSERVATION XXXIII

M^{me} D..., 24 ans. — Vient consulter le 22-10-23. Primipare, accouchement normal en octobre 1922. La malade présente des douleurs lombaires et des pertes jaune verdâtre très abondantes depuis 5 à 6 mois. Les règles sont irrégulières et douloureuses.

Examen : légère rétroversion utérine; col gros avec ulcération et laissant sourdre de grosses glaires.

22-10-23, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

1-11-23, moins de pertes. Cautérisation au Filhos intra-cervicale.

21-11-23, règles indolores du 6 au 11. Cicatrisation presque parfaite. Dernière cautérisation au Filhos.

20-12-23, guérison complète de la métrite.

OBSERVATION XXXIV

M^{me} A., 29 ans. — Vient consulter le 9-6-23. Nullipare. Présente des pertes jaunes depuis un an environ et des règles douloureuses; la malade perd en caillots. Les rapports sont parfois douloureux.

Examen : utérus normal mobile. Cul-de-sac libre. Col gros conique à orifice ulcéré laissant échapper de grosses glaires muco-purulentes jaunâtres.

12-6-23, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

23-6-23, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

13-7-23, cautérisation intra-cervicale. Les pertes ont changé d'aspect elles sont devenues parfaitement transparentes.

13-8-23, état général et local très amélioré. Col encore un peu gros mais non ulcéré.

La malade est revue en fin 23 et en 24 pour vésiculite. Elle n'a aucune douleur pendant les règles. Plus de pertes. Col normal. On ne constate rien de génital.

OBSERVATION XXXV

M^{me} L., 19 ans. — Vient consulter le 7-5-24. Nullipare. Douleurs lombaires et pertes jaunes très abondantes depuis 2 ans. Règles régulières mais douloureuses.

Examen : col gros conique avec ulcération centrée par l'orifice qui laisse échapper de grosses glaires jaunâtres. Utérus normal mobile bien placé. Rien aux annexes.

Le 7-5-24, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

Le 16-5-24, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 9-6-24, grosse amélioration. Ulcération linéaire sur la lèvre postérieure. Dernière cautérisation au Filhos sur la lèvre postérieure et intra-cervicale.

Revue en septembre guérie. Plus de pertes; douleurs lombaires ne persistant qu'au début des règles. Etat du col parfait.

OBSERVATION XXXVI

M^{me} B., 20 ans. — Vient consulter le 8-5-23. Primipare, accouchement normal le 3 septembre 1922. Depuis deux mois environ pertes blanches très abondantes et douleurs abdominales.

Examen^r : métrite cervicale; col gros avec ulcération de la lèvre postérieure et grosses glaires. Rien à l'utérus et aux annexes.

Le 8-5-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 18-5-23, douleurs abdominales très atténuées; ulcération très réduites; pertes considérablement diminuées. Cautérisation intra-cervicale.

Le 6-6-23, règles du 25 au 29 plus douloureuses que d'habitude. Les pertes blanches ont complètement disparu. Dernière cautérisation au Filhos.

20-6-23, la malade se sent complètement guérie. Elle ne présente ni pertes blanches ni douleurs. Etat général excellent. Ulcération parfaitement cicatrisée, représentée uniquement par une coloration un peu plus foncée de la muqueuse.

OBSERVATION XXXVII

M^{me} M..., 24 ans. — Vient consulter le 5-9-24. Nullipare, bien réglée, présentant des pertes jaune verdâtre depuis son mariage datant de 3 ans. Douleurs légères au coït. Pas de douleurs abdominales.

Examen : col en forme de barillet perméable avec grosses glaires purulentes jaune verdâtre.

Le 5-9-24, cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 19-9-24, règles du 9 au 12 légèrement douloureuses. Cautérisation au Filhos intra-cervicale.

Le 30-9-24, cautérisation au Filhos.

Le 23-10-24, règles du 7 au 10 indolores. Il persiste encore quelques glaires. On fait une dernière cautérisation.

Revue depuis, parfaitement guérie de sa métrite.

OBSERVATION XXXVIII

M^{me} P..., 21 ans. — Vient consulter le 4-11-23. Nullipare, présentant des pertes purulentes jaunâtres très abondantes et des douleurs à l'hypogastre. Règles régulières mais douloureuses.

Examen : col œdématisé avec grosse ulcération de la lèvre postérieure et grosses glaires purulentes jaune verdâtre.

Utérus en bonne position. Antéflexion légère. Annexes non perceptibles.

Le 4-11-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

Le 25-11-23, règles du 13 au 17 plus douloureuses qu'habituellement. Cautérisation intra-cervicale.

Le 6-12-23, grosse amélioration. Cautérisation intra-cervicale.

Le 23-12-23, règles indolores; encore quelques glaires. Dernière cautérisation.

Revue depuis parfaitement guérie de sa métrite.

OBSERVATION XXXIX

M^{me} V..., 34 ans. — Vient consulter le 2-1-23. IVpare, présentant des douleurs abdominales et des pertes jaune verdâtre consécutives à son dernier accouchement datant d'octobre 1922. Retour de couches en décembre.

Examen : grosse métrite du col avec ulcération du diamètre d'une pièce de 2 francs et grosses glaires purulentes.

Le palper combiné au toucher ne révèle rien d'anormal. Utérus un peu gros, mais en bonne position. Les annexes ne sont pas perceptibles.

2-1-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

13-1-23, ulcération réduite de moitié. Cautérisation au Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

7-2-23, les pertes ont diminué considérablement ainsi que les douleurs. Toutefois les règles ont été douloureuses. Ulcération très réduite. Cautérisation au Filhos.

17-2-23, encore quelques glaires. Dernière cautérisation.

6-3-23, règles non douloureuses. Cicatrisation complète; plus de pertes ni de douleurs.

Malade revue en avril et mai : guérison complète de sa métrite.

OBSERVATION XL

M^{me} D..., 27 ans. — Vient consulter le 28-4-23. Primipare, accouchement normal en janvier 1923; depuis, pertes jaune verdâtre. Pas de douleurs lombaires ni abdominales. Retour de couches en mars 1923.

Examen : métrite du col avec ulcération. Utérus un peu gros en bonne position Rien aux annexes

28-4-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

6-5-23, amélioration. Cautérisation intra-cervicale.

2-6-23, la malade se trouve beaucoup mieux; règles indolores; l'ulcération est presque cicatrisée sauf dans la commissure gauche du museau de tanche. Cautérisation au Filhos.

12-6-23, état général excellent. Encore quelques glaires. Dernière cautérisation intra-cervicale.

Malade revue depuis complètement guérie.

OBSERVATION IXL

M^{me} C..., 25 ans. — Vient consulter le 11-2-23. Primipare, accouchement normale il y a 3 ans. La malade présente depuis plusieurs mois des pertes jaunes très abondantes et des règles douloureuses.

A l'examen, on constate un col gros avec ulcération des dimensions d'une pièce de 2 francs. L'utérus est mobile; rien aux annexes.

Le 11-2-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

Le 22-12-23, diminution des pertes jaunes, cicatrisation en bonne voie. Cautérisation au Filhos sur l'ulcération et intra-cervicale.

Le 5-1-24, nouvelle cautérisation au Filhos.

Le 15-1-24, dernière cautérisation.

Le 2-2-24, plus de pertes; très minime ulcération plane persistante. Malade pratiquement guérie.

OBSERVATION VIIIL

M^{me} T..., 22 ans. — Vient consulter le 23-4-23. Ipare, accouchement normal il y a un an. Depuis 3 mois environ, pertes jaunes très abondantes empesant le linge; douleurs et brûlures à la miction; pas de pollakiurie. Règles régulières mais douloureuses.

Examen : vulve très rouge; par d'urétrite. Métrite du col avec ulcération des dimensions d'une pièce de 1 franc et grosses glaires jaunâtres. Rien à l'utérus, rien aux annexes.

23-4-23, cautérisation au Filhos sur l'ulcération.

2-5-23, moins de pertes. Cautérisation sur l'ulcération et intra-cervicale.

12-5-23, cautérisation au Filhos.

26-5-23, règles du 13 au 15 douloureuses. Cautérisation.

8-6-23, grosse amélioration. Dernière cautérisation.

28-6-23, règles moins douloureuses; état local et général très amélioré.

Revue le 3-10-24 pour un début de gestation. Grossesse d'un mois et demi environ. Dernières règles : 10 au 13 août.

Grossesse parfaitement normale et accouchement le 19 mai sans aucune anomalie dans le travail et dans la dilatation du col.

OBSERVATION VIII

M^{me} L..., 25 ans. — Vient consulter le 8-6-23. Ipare, accouchée le 26-5-22, à 8 mois, d'un enfant mort et macéré. Une réaction de Wassermann faite alors à la malade s'est montrée négative. Depuis, pertes jaunâtres. Règles régulières indolores, sauf le premier jour.

Examen : col déchiré en 3 lobes, laissant sourdre de grosses glaires purulentes. Sur la scissure portérieure on constate une ulcération lenticulaire. Rien à l'utérus et aux annexes.

8-6-23, cautérisation au Filhos intra-cervicale et sur l'ulcération.

18-6-23, diminution des pertes. Cautérisation au Filhos.

6-7-23, règles du 22 au 26 juin plus douloureuses que normalement. Cautérisation au Filhos.

16-7-23, cautérisation au Filhos.

27-8-23, règles du 18 au 22 sans douleurs. Encore quelques pertes. Dernière cautérisation intra-cervicale.

Malade revue le 11-1-24 : gestation de 6 semaines environ.

En fin août 1924, accouchement absolument normal d'une fille vivante. Durée totale de l'accouchement : 6 heures des premières douleurs à la période d'expulsion comprise.

OBSERVATIONS DE MALADES TRAITEES PAR LE DOCTEUR LEROY

OBSERVATION VII

M^{me} D..., 25 ans. — Vient consulter le 5-7-24 pour des brûlures occasionnées par des injections de liqueur de Labarraque trop chaudes. Elle présente des pertes blanches abondantes avec douleurs à la miction sans pollakiurie.

A l'examen on constate un col rouge ulcéré très gros. Utérus normal. Rien aux annexes.

23 juillet 1924, première application de Filhos.

31 juillet 1924, deuxième application de Filhos.

7 août 1924, troisième application de Filhos.

14 août, quatrième application de Filhos.

La malade revient le lendemain de la dernière cautérisation avec une hémorragie importante qui nécessite son hospitalisation pendant 48 heures et qui cède facilement au tamponnement.

La malade a été revue depuis à différentes reprises en excellent état et sans pertes.

OBSERVATION VL

M^{me} G... — Vient consulter le 3-15-24 parce qu'elle présente des pertes depuis 8 mois survenues un mois après un accouchement normal; 2 grossesses; pas de fausse couche. La malade est régulièrement réglée.

Examen : col gros ulcéré; utérus légèrement gros. Rien aux annexes.

On fait à la malade 5 application de Filhos à une semaine d'intervalle.

Revue depuis parfaitement guérie. Col cicatrisé. Plus de pertes.

OBSERVATION IVL

M^{me} M... — Vient consulter pour des pertes blanches et pour des douleurs dans le bas ventre et à la miction.

Examen : salpingite gauche du volume d'une grosse mandarine. Col très ouvert avec muqueuse largement éversée présentant des points blancs de rétention (œufs de naboth infectés) et saignant au moindre contact.

Urétrite.

La malade a présenté une arthrite gonococcique du coup de pied en 1913 Elle a eu un enfant.

Après un traitement de 2 mois d'injections et tamps, lavages du col à la canule à jet récurrent au permanganate puis au nitrate d'Ag et repos au lit en dehors des jours de traitement, la salpingite est très améliorée. On fait alors à la malade du vaccin iodé type 4.

Le 14-12-23 : 1/2 cm., aucune réaction.

17-12-23 : 1/2 cm. —

20-12-23 : 1 cm. —

22-12-23 : 1 cm. 1/2 —

24-12-23 : 2 cm. —

26-12-23 : 3 cm. —

29-12-23 : 4 cm. —

31-12-23 : 4 cm. A la dernière injection, forte réaction générale.

La salpingite ayant alors très diminué à tel point que la trompe n'est plus perceptible et que le cul-de-sac n'est plus douloureux, on fait une première application de Filhos le 13-1-24 très bien supportée sans aucune réaction annexielle.

21-1-24 : 2^e application de Filhos.

29-1-24 : 3^e —

5-2-24 : 4^e —

12-2-24 : 5^e —

19-2-24 : 6^e —

26-2-24 : 7^e — sans incident.

Le 7-2-24 : Col en voie de cicatrisation, très creusé; on cesse alors les applications. ...

Le nombre des applications a été plus élevé que d'habitude en raison de l'importance des lésions.

La malade a été revue en avril et en mai en excellent état.

Orifice du col arrondi d'apparence normale admettant une bougie 15.

La malade a quitté Paris et a envoyé dernièrement de ses nouvelles. Elle ne souffre plus et n'a plus de pertes.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de la métrite cervicale chronique par le caustique de Filhos est actuellement encore la meilleure méthode qui soit à la portée du praticien.

Il ne semble pas que les méthodes nouvelles soient sur le point de supprimer ce procédé qui a fait ses preuves.

2° Les accidents inflammatoires sont exceptionnels si on tient leu des contre-indications dont la principale est la salpingo-ovarite inflammatoire en évolution.

3° Les accidents tardifs de sténose sont exceptionnels si on applique la bonne technique dont le point principal est l'éloignement suffisant des applications.

4° La seule réserve à faire est au sujet de l'adénome du col qui simule la métrite cervicale. Cette tumeur bénigne paraît être justiciable de l'exérèse chirurgicale (amputation) de préférence aux cautérisations capables d'exciter l'épithélium et de transformer l'adénome en cancer.

VU, le Doyen,
M. ROGER.

VU, le Président de Thèse,
JEAN-LOUIS FAURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur, APPELL.

JOURNAL DES PRATICIENS, mars 1916.

JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, 10-12-1919.

GYNECOLOGIE ET SEMAINE GYNECOLOGIQUE DES PRATICIENS REUNIS, janvier 1920.

FABRE (M.). — Le traitement de la métrite chronique du col de l'utérus par le caustique de Filhos « Journal de Médecine », 25 août 1922.

GUILLEMIN (A.). — Traitement des métrites cervicales chroniques par les cautérisations intra-cervicales au caustique de Filhos. « Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques », 10 juillet 1923.

MOUCHOTTE. — Le traitement des métrites cervicales et de la stérilité dont elles sont cause. « Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique », Paris 1923.

GUILLEMIN (A.). — Résultats du traitement des métrites cervicales catarrhales chroniques par les cautérisations intra-cervicales au caustique de Filhos. « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1924, n° 5.

DUPONT (R.). — Etude anatomique de 2 cols traités au Filhos « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924, n° 5.

COUVELAIRE (A.). — Résultats du traitement des métrites cervicales chroniques par les applications de caustique de Filhos. « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1924, n° 6.

PAUCOT (H.). — Résultat du traitement des métrites cervicales chroniques par le caustique de Filhos. « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », 1925, n° 1.

BIBLIOGRAPHIE

- DU BOUCHET. — Thèse de Paris 1897.
- MACRON. — Du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées. Thèse de Paris 1903-1904.
- PAPADOPOULOS. — Thèse de Montpellier 1904.
- LUTAUD. — L'agglutination du col utérin pendant l'accouchement. Thèse de Paris 1908.
- GUILLEMINE (André). ... Traitement des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au caustique de Filhos. Thèse de Paris 1919-1920.
- POZZI (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- RICHELOT (G.). — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve.
- HARTMAN (H.). — Gynécologie opératoire.
- LABADIE, LAGRAVE (F.) et LEQUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- FORGUE (F.) et MASSABUAU. — Gynécologie.
- LE DENTU (A) et DELBET (Pierre). — Nouveau traité de chirurgie.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- DOLERIS. — Métrites et fausses métrites.
- SIREDEY (A). — Hygiène des maladies de la femme.
- JOURNAL DES PRATICIENS. juin 1900.
- COMPTES RENDUS des séances de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1900, 1901, 1903, 1904, 1905, 1906.

